

Tarif koop ZP2

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrags

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop ZP2 sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich krankenversichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet der Versicherungsschutz nach Tarif koop ZP2 zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist; die Versicherung wird im Rahmen der Einzelversicherung in einem vom Leistungsumfang her vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. bei der GKV unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen für ambulante Zahnbehandlungen einschließlich der dazu zählenden Zahnprophylaxe. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Sieht die GKV im Versicherungsfall eine Leistung vor, so besteht ein Erstattungsanspruch aus Tarif koop ZP2 nur nach Vorleistung der GKV. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

1. Zahnprophylaxe 100 %

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung für Leistungen gemäß Punkt B. 1. ist auf maximal **80 EUR** pro eingereichter Rechnung und **160 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

2. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen.

3. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

4. Fissurenversiegelung 100 %

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.

C. Wartezeiten

Für die Leistungen gemäß Punkt B. 1. entfallen abweichend von § 3 Abs. 2 AVB/KS und § 3 Abs. 3 AVB/KS die allgemeine und die besondere Wartezeit.